

LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (AC) Y LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN (TACD). DOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DESDE EL MODELO DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

BEHAVIORAL ACTIVATION (BA) AND BEHAVIORAL ACTIVATION TREATMENT FOR DEPRESSION (BATD). TWO PROTOCOLS TREATMENT FROM THE BEHAVIORAL ACTIVATION MODEL

JORGE BARRACA MAIRAL
*Departamento de Psicología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Camilo José Cela*

e-mail: jbarraca@ucjc.edu

RESUMEN

Las técnicas de activación conductual planteadas para la mejora de la depresión han acabado por conformar una terapia por propio derecho. Sin embargo, en su proceso de formalización, esta terapia se ha ramificado en dos protocolos de tratamiento algo diferentes entre sí: la Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD). Aunque ambos parten de un mismo origen y poseen inextricables lazos de unión, se diferencian al menos en cuatro parámetros importantes: (1) algunas teorías que sirven para justificar sus intervenciones; (2) las estrategias empleadas,

ABSTRACT

Behavioral activation techniques proposed to ameliorate depression have finished to establish themselves as a therapy of its own right. However, in its process of set oneself up, the therapy has been branch off in two different protocols of treatment: Behavioral Activation (BA) and brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD). Although both come from the same origin and have undividable ties, they differ at least in four key parameters: (1) some theories that serve to justify their interventions; (2) the strategies proposed, the structuring and the length of

la estructuración y la duración de la terapia; (3) las manifestaciones depresivas sobre las que centran su intervención; y (4) los cuadros para los que hasta la fecha se han revelado eficaces. En este artículo se ofrece en primer lugar una breve panorámica sobre el origen de la activación conductual para, a continuación, explicar sus fundamentos. Se comparan los dos protocolos desarrollados para la intervención (AC y TACD), a fin de comprender sus puntos en común y sus divergencias. Por último, se presentan unas reflexiones sobre la importancia de esta terapia, sus próximos retos y su prometedor futuro como tratamiento de elección para los estados depresivos.

PALABRAS CLAVE

Activación Conductual. Terapia de Activación Conductual para la Depresión. Tratamiento Conductual. Depresión.

the therapy; (3) the depressive symptoms on which they focus on the interventions; and (4) the disorders for which they have been revealed effective to date. First of all, in this paper we present a brief scope about the origins of the behavioral activation; then, we explain its underlying principles. The two protocols developed for the intervention (BA and BATD) are compared in order to understand their common points and their differences. We will end with some thoughts about the importance of this therapy, its next challenges and its promising future as treatment of choice for the depressive mood.

KEY WORDS

Behavioral Activation. Behavioral Activation Treatment for Depression. Behavioral Treatment. Depression.

EL ORIGEN DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL COMO TERAPIA PARA LA DEPRESIÓN

Hace ahora treinta y seis años, Ferster (1973) publicaba un artículo clave para orientar la intervención conductual de la depresión. En su trabajo se apostaba decididamente por el análisis funcional y se advertía del peligro de valorar la situación depresiva únicamente desde una óptica topográfica, característica de la psicopatología de la época (y quizás también de la actual). Desde ese análisis funcional, Ferster explicaba el estado depresivo como consecuencia del descenso del reforzamiento positivo que se originaba por la falta de emisión de conductas adaptativas; es decir, de acciones que podían llevar a obtener una gratificación por el contacto con otras personas o directamente por las mismas actividades. La situa-

ción se creaba progresivamente: en un principio el sujeto sí emitía conductas para lograr reforzamiento pero al no obtenerlo (por distintas razones) comenzaba a focalizarse sobre su situación de deprivación y a desatender las fuentes de reforzamiento del entorno; simultáneamente, el repertorio de operantes adaptativas se hacía menos variado, por lo que se terminaba por caer en un estado de pasividad general. Por último, al percibir cada vez más consecuencias aversivas por sus acciones, el sujeto comenzaba a actuar de acuerdo con un paradigma de escape/evitación, prestaba más atención a su propia situación y reducía aún más su abanico de respuestas. Esta situación se realimentaba y conducía al estado característico de los sujetos que son diagnosticados como depresivos.

A las aportaciones de Ferster se unieron las de Lewinsohn (1974), también determinadas a partir de un análisis rigurosamente conductual. Aunque básicamente los dos autores presentaban argumentos similares, pues para Lewinsohn el descenso en la tasa de reforzamiento positivo contingente constituía la piedra angular de la situación depresiva, insistía en que ese descenso guardaba relación tanto con el número de reforzadores disponibles en el entorno como con las operantes que el sujeto era capaz de emitir para alcanzarlos. Además, Lewinsohn añadía que la evitación social era la más relevante. Como salida a esta situación, Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1978; Zeiss, Lewinsohn y Muñoz, 1979) proponían la programación de actividades placenteras y también el entrenamiento en habilidades sociales para incrementar el monto de reforzadores positivos contingentes.

Con estos trabajos, Ferster y Lewinsohn fueron pioneros en un análisis estrictamente comportamental de los estados depresivos y con él sentaron las bases para una intervención en que los objetivos del tratamiento girasen en torno al incremento de actividades reforzantes, el bloqueo de la evitación y la recuperación de interacciones sociales. Sin embargo, a la par que se formalizaban estos abordajes, Beck (1967, 1976) presentaba su terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión. El poderoso influjo de este modelo, su vigor investigador, sus buenos resultados empíricos y, quizás, su accesibilidad para el colectivo de psicólogos clínicos favorecieron la incorporación de las estrategias cognitivas en los tratamientos de corte conductual. De hecho, el mismo Lewinsohn, con varios grupos de colaboradores, publicó trabajos en que se presentaba tal integración (e.g. Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge y Teri, 1984; Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1986). No obstante, en un proceso de mutua influencia, también Beck y otros investigadores (e.g. Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) incorporaron las estrategias conductuales en sus terapias con depresivos, especialmente en las fases iniciales de la intervención y en los casos más severos.

Aunque los primeros tratamientos puramente conductuales obtuvieron unos resultados sobresalientes, durante la década de los ochenta y aun de los noventa la terapia combinada con estrategias cognitivas y conductuales se asumió como el tratamiento psicológico de elección para los cuadros depresivos (De Rubeis y Crits-Christoph, 1998). La terapia de Beck se consideró, con propiedad, cognitivo-conductual por sus técnicas, pero no tanto por su análisis sobre la génesis y mantenimiento del estado depresivo, que mostraba un claro sesgo hacia el planteamiento cognitivo. De hecho, el empleo de las técnicas conductuales estaba destinado, en última instancia, a promover los cambios cognitivos (Beck et al., 1979).

Junto con la terapia cognitivo-conductual, la medicación antidepresiva también ha sido considerada un tratamiento eficaz. Con los criterios de determinación de los tratamientos basados en la evidencia (Nathan y Gorman, 2002), la terapia con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina –ISRS– ha reunido evidencia de buenos resultados para el tratamiento de estos cuadros, incluso superior a la de los clásicos tricíclicos; no obstante, existe cierta controversia al respecto cuando se trata de depresiones severas (Nemeroff y Schatzberg, 2002).

Por todo lo expuesto, durante un tiempo considerable se ha asumido que un tratamiento combinado de técnicas conductuales más cognitivas, junto con la inclusión de medicación antidepresiva en los casos más graves, resultaba lo mejor que la clínica actual podría ofrecer ante la depresión. Sin embargo, una serie de investigaciones (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998; Jacobson et al., 1996) vinieron a poner en cuestión que la incorporación de las técnicas cognitivas fuera realmente un factor de cambio en las eficaces terapias combinadas. En los trabajos de Jacobson los sujetos con diagnóstico de depresión se asignaban aleatoriamente a una terapia exclusivamente cognitiva (en dos variantes: en la primera, con intervención sobre componentes cognitivos básicos –pensamientos automáticos–; en la segunda, con el tratamiento cognitivo completo), una exclusivamente conductual o una combinada con ambas estrategias. Los resultados revelaron que los sujetos sometidos a una terapia exclusivamente cognitiva (en sus dos variantes) obtenían peores resultados, y que los sujetos de la terapia conductual se beneficiaban de la intervención en igual medida que los que estaban en la terapia combinada (cognitiva más conductual); además, estos resultados se mantenían en el tiempo tras dos años de seguimiento (Gortner et al., 1998).

A partir de estos datos, en principio contraintuitivos, Neil Jacobson planteó de forma más decidida la recuperación de las técnicas comportamentales para formalizar, de nuevo, una terapia para la depresión basada exclusivamente en los planteamientos funcionales de la terapia de conducta. Por supuesto, la búsqueda

de evidencias experimentales para proponerla como alternativa a la terapia cognitiva (o cognitivo-conductual) se estimó también una necesidad, dados los buenos resultados empíricos de la terapia combinada. Con ese fin, Jacobson, Martell y Dimidjian (2001) y Martell, Addis y Jacobson (2001) publicaban unos textos en que se concretaba cómo llevar a cabo la terapia –ahora denominada de Activación Conductual– y, al tiempo, Lejuez, Hopko y Hopko (2001, 2002), Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil (2001) presentaban un modelo de tratamiento de activación conductual más breve y parsimonioso –la Terapia de Activación Conductual para la Depresión¹–. Estos textos sirvieron como manuales de tratamiento protocolizados para su comparación empírica con las alternativas de tratamiento (terapia cognitiva y/o medicación). De nuevo, los resultados fueron óptimos para la condición de terapia conductual exclusivamente, frente a las condiciones de terapia cognitiva o fármacos antidepresivos (con su correspondiente grupo placebo). La terapia de activación conductual resultó el mejor tratamiento para los sujetos con depresión mayor ya que, aunque igual de eficaz que la paroxetina, los pacientes en activación conductual tenían menos abandonos y, en consecuencia, presentaban menos recaídas (Dimidjian et al., 2006). Además, estos resultados se han mantenido tras dos años de seguimiento (Dobson et al., 2008). Por otro lado, se han presentado evidencias que apuntan a que en los casos de depresión más intensa, en que la terapia cognitiva fue muy poco eficaz, la Activación Conductual sí resultó una intervención útil (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop y Hollon, 2007).

El modelo breve de activación conductual desarrollado por Lejuez et al. (2001) también ha reunido aval de su eficacia en un estudio aleatorizado con sujetos depresivos hospitalizados (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil, 2003) y se ha mostrado muy superior a la intervención psicológica de apoyo que se ofrecía a pacientes de características similares en la unidad de psiquiatría.

Por último, en consonancia con estos datos, pero de forma independiente a ellos, la efectividad de los resultados de la terapia conductual pura se ha corroborado también de forma indirecta con un meta-análisis llevado a cabo para comparar las distintas técnicas empleadas en el tratamiento de los estados depresivos (Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007). De nuevo, uno de los componentes clave de la activación conductual (la programación de actividades), resultó altamente efectivo y sumamente atractivo para las intervenciones debido a su fácil implementación y su bajo coste.

¹ En algunas publicaciones sus mismos autores han preferido la denominación de Terapia Breve de Activación Conductual para la Depresión –*Brief Behavioral Activation Therapy for Depression*– (Cf. Lejuez et al., 2001, p. 256; Hopko, Robertson y Lejuez, 2006, p. 212).

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (AC) Y DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN (TACD)

Con lo presentado hasta aquí parecería que el tratamiento de la depresión propuesto por la activación conductual consistiría en rescatar los enfoques de Ferster (1973) y Lewinsonh (1974) y, en especial, asumir su visión funcionalista del problema depresivo; sin embargo, aunque esta “vuelta a las raíces contextuales” es esencial (Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003, p. 702-703; Jacobson y Gortner, 2000; Jacobson et al., 2001), a esta recuperación hay que añadir una serie de aportaciones importantes entre las que cabe destacar: (1) una elaboración teórica mejor perfilada, aunque sencilla, para explicar tanto el origen como la perpetuación del estado depresivo; (2) un nuevo enfoque sobre aspectos motivacionales para comprometer al cliente en la intervención; (3) un protocolo de tratamiento bien desarrollado, organizado jerárquicamente y formalizado a partir de las técnicas de activación conductual más contrastadas en los trabajos empíricos; (4) una integración genuinamente conductual de los aspectos cognitivos, en que la rumia depresiva se aborda desde una perspectiva funcional; (5) el desarrollo de algunos instrumentos de evaluación originales para valorar el curso de la terapia; y (6) una cuidada búsqueda de evidencia empírica para incluir las intervenciones entre las terapias de probada eficacia para el tratamiento de la depresión y un análisis detallado sobre los casos en que ha sido eficaz.

Probablemente como consecuencia de la deriva que la terapia de conducta ha sufrido durante los últimos veinte años, los autores de la activación conductual han enfatizado en sus textos la necesidad de reorientar el análisis y girar de nuevo el foco de atención desde el interior de los sujetos (es decir, desde sus procesos intrapsíquicos) hacia las relaciones que éste establece con su entorno y, particularmente, a las consecuencias de sus acciones en ese entorno (Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008; Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003; Jacobson et al., 2001). Así, por ejemplo, si en la evaluación de un sujeto depresivo se destacaba el que permaneciese en casa, se aislase, contemplase la televisión pasivamente durante horas o no se levantase de la cama ni se asease, junto con los pensamientos negativos que acompañaban esas acciones, y todo ello servía tanto para establecer el diagnóstico como para determinar las mejoras tras la terapia, el aspecto clave sobre el que ahora se llama la atención consiste en valorar las *consecuencias* de esos comportamientos (también de los pensamientos), que pueden tener una función u otra, no determinada apriorísticamente. Es en este cambio de perspectiva donde estriba el núcleo de la activación conductual, tanto para el modelo de intervención propuesto por la Acti-

vación Conductual (AC, en adelante) como por el más breve de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD, en adelante).

El marco teórico

Las diferencias teóricas entre la AC y la TACD son menores en esencia, aunque el énfasis que se da a algunos aspectos sí es disímil en uno y otro protocolo. Por sintetizar de entrada lo más característico, podría afirmarse que si en la AC el foco de atención se dirige fundamentalmente hacia el reforzamiento negativo (la evitación de determinadas situaciones), en la TACD se considera, además, la importancia del reforzamiento positivo que el sujeto puede obtener al presentarse como “deprimido”. Por tanto, tanto la AC como la TACD ven al cliente no como un enfermo, sino como alguien preso de una situación vital en la que no hay alicientes (o sólo a muy corto plazo), lo que explicaría el bajo estado anímico. Además, dado este marco, se considera que debe des-biologizarse y desculpabilizarse al sujeto, pues las respuestas depresivas son consideradas lógicas: quizás la mejor o única manera que la persona tiene de enfrentarse a las circunstancias que vive (Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2001).

En la AC se considera que el inicio de la depresión es consecuencia de un suceso desencadenante que, de forma súbita o progresiva, aparta de la vida del sujeto reforzadores importantes. Aunque se reconoce el posible concurso de factores genéticos, biológicos u otros en la génesis del cuadro, el modelo enfatizan el papel de las pérdidas vitales como elicitadores, al menos, de algunas depresiones (Dimidjian et al., 2008). La perpetuación de este estado se debería al mantenimiento de unas conductas que, si bien suponen un cierto lenitivo a corto plazo, impiden romper la dinámica que encadena al sujeto a una vida pobre en reforzamiento positivo. Es en este sentido en el que se afirma que las “conductas depresivas” están bajo un paradigma de reforzamiento negativo.

Sin embargo, lo más importante se produce a continuación, cuando empieza a funcionar un control aversivo: al deprimirse el sujeto se aleja o rompe con el entorno habitual e interrumpe rutinas presentes en su vida. Esta manera de actuar es normal pues, en muchas ocasiones, contactar con las actividades previas comporta dolor o incomodidad (por ejemplo, es difícil volver a relacionarse tras sufrir una enfermedad grave, tras la desaparición de un ser querido o tras la pérdida de un trabajo, sobre todo si esos contactos sociales favorecen el recuerdo), así que el sujeto decide no afrontarlas o no se siente con fuerzas para ello; sin embargo, como consecuencia de esto, surgen los “problemas conductuales secundarios” (Dimidjian et al., 2008, p. 330), pues al actuar así es imposible entrar de nuevo en contacto con aspectos vitales que reportarían una mejora del estado de ánimo. La per-

petuación de esta situación influye, además, en una pérdida progresiva de la capacidad para resolver problemas. Por último, según se pasa más tiempo en esta dinámica de evitación, es esperable que cada vez se torne más y más difícil enfrentarse a las cosas abandonadas hace meses y cueste más contrarrestar la inercia de la pasividad ya adquirida. Para sintetizar esta información, la AC posee un diagrama cuya función estriba en facilitar la comprensión del cliente de estos patrones de evitación que le “entrampan” –TRAP, en el original inglés, palabra formada por T: Trigger (precipitante de la depresión), R: Response (respuestas ante ese precipitante), y AP: Avoidance Pattern (patrón de evitación ante esas respuestas); y que la alternativa es tomar otro “camino” –TRAC(k), en el original inglés, que sugiere que, frente al patrón de evitación, puede plantearse un Afrontamiento Alternativo (AC: Alternative Coping). La figura 1 recoge este modelo.

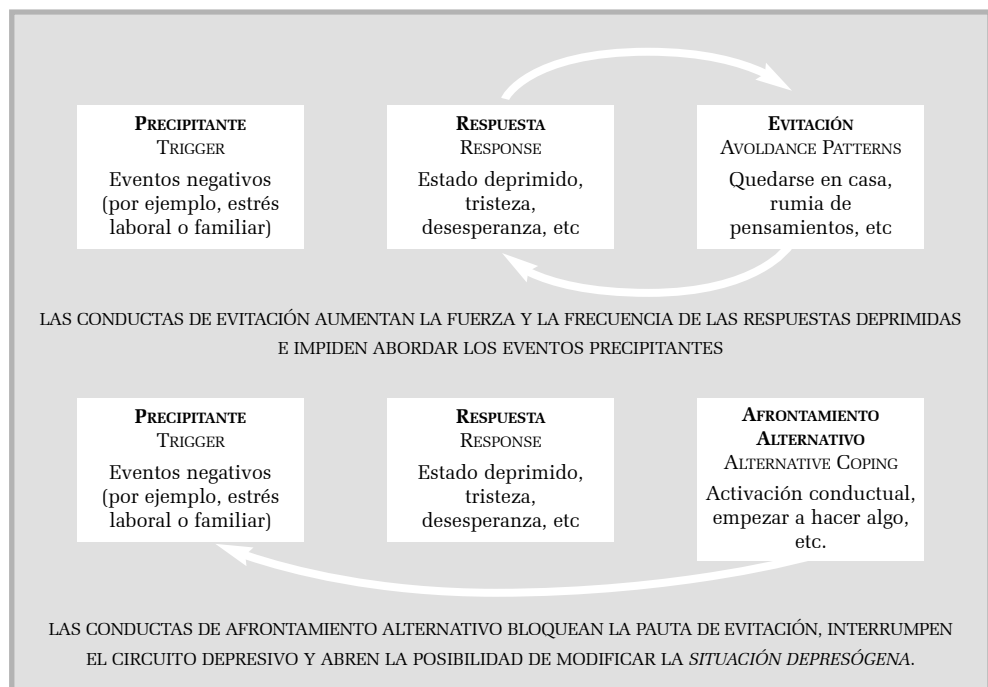


Figura 1. Modelo de la AC para explicar el estado depresivo y la respuesta alternativa (TRAP y TRAC). Un evento actúa como precipitante de una respuesta aversiva del paciente, que luego evita la actividad, lo que conduce a un patrón de evitación que impide al cliente resolver sus problemas o contactar con posibles reforzadores (Jacobson et al., 2001, p. 263).

En la TACD no se niega el proceso descrito hasta aquí –también respecto a la génesis de la depresión– pero se considera útil añadir lo que la “ley de igualación” de Hersntein (1970) predice; esto es, que la tasa relativa para una alternativa de respuesta es igual a la tasa relativa de reforzamiento para esa alternativa. Aplicada a la situación depresiva, la ley sugiere que si los beneficios (reforzadores obtenidos) por manifestar conductas características del diagnóstico depresivo (por ejemplo, bajas laborales, atención de las personas cercanas, evitación de ciertas tareas ingratas del hogar, etc.) son mayores que los inconvenientes derivados de éstas (por ejemplo, preocupación de amigos y familiares, pérdidas económicas, cesación de actividades gratificantes, etc.) la situación se perpetuará. En consecuencia, sólo haciendo que los beneficios de la conducta depresiva disminuyan existirán posibilidades de que revierta la situación. Por eso, la TACD pone el énfasis en que no se consiga reforzamiento positivo por actuar depresivamente, y que, en cambio, se busquen y se otorguen nuevos reforzadores al sujeto cuando actúa de forma “sana” o no depresiva, según la terminología propia de la TACD (Lejuez et al., 2001, p. 257). En síntesis: la depresión se mantiene porque: (a) el reforzamiento posible para las conductas no depresivas es bajo o inexistente, y/o (b) la conducta depresiva produce un tasa relativamente alta de reforzamiento (Lejuez et al., 2001).

El trabajo en la motivación del cliente depresivo y su compromiso con la terapia

Precisamente por el modelo descrito en el punto anterior, se entiende que la AC haya considerado imprescindible incorporar en sus intervenciones un trabajo muy detallado sobre la motivación del cliente y su compromiso con la terapia. En la AC se estima fundamental que un sujeto depresivo entienda y esté de acuerdo con el enfoque que se le presenta para justificar su situación, pues únicamente así comprenderá por qué debe comprometerse con unos objetivos (acciones) independientemente de que se encuentre mal, desmotivado o triste. La mejora anímica no va a venir “de dentro a fuera”, sino que sucede justo al revés: “de fuera adentro” (Martell et al., 2001). Es decir, no se puede esperar que mejore “interiormente” para luego actuar de una manera adecuada, sino que debe primero actuar de acuerdo con los objetivos y eso posibilitará su contacto con reforzadores que, progresivamente, incrementarán su estado de

ánimo. Por eso se promueve que el cliente se comprometa a actuar en dirección a una meta y, para ayudarlo, se le invita a que se imagine como si fuera capaz de alcanzarla y la alcanzase de hecho (Martell et al., 2001) ².

El contexto socio-cultural predominante en la actualidad –como han señalado Hayes, Strosahl y Wilson (1999)– estipula que un buen estado anímico predice (o es la causa) de una actuación comprometida o que acarrea dificultad; y, por el contrario, se estima que la ausencia de motivación puede explicar convincentemente el no acometer determinados acciones, en especial si exigen esfuerzo sostenido. No obstante, si esto fuera así, de acuerdo con la AC y la TACD, que no creen en que el sujeto esté enfermo ni que, por tanto, vaya a curarse (como si de un proceso gripal se tratara), los sujetos depresivos nunca podrían mejorar. Sólo la aceptación de su situación presente y el compromiso a actuar con arreglo a unas metas (y no a un estado de ánimo) pueden favorecer el cambio en la dirección deseada. Todo este planteamiento de aceptación del estado, de actuación comprometida y de preocupación por la conducta externa (que es la que puede y debe cambiarse) recuerda conceptos capitales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999) que, por tanto, comparte algunos principios con la intervención de la AC, pero éste no asume como necesarias las fases terapéuticas que propone Hayes.

Dado este planteamiento, es lógico también que la relación terapéutica deba ser cuidadosamente atendida, y que la capacidad del profesional para motivar, convencer y apoyar de forma empática sea un requisito imprescindible. Además, el psicólogo que, de forma coherente con este planteamiento, es aquí visto con un rol de entrenador o consultor (Dimidjian et al., 2008), debe ser un modelo para el cliente. Por tanto, debe seguir comprometido en la ayuda y animado a continuar el tratamiento con independencia de su propio malestar, de las dificultades que surjan, de las recaídas y aun de sus dudas, todas ellas esperables en la recuperación de un estado depresivo. Como en el caso del paciente, debe demorar la gratificación en aras a conseguir las metas planteadas, que en su caso son el progreso del cliente y la mejora de su estado anímico.

Igualmente, en la TACD, por el tipo de implementación de la terapia, la colaboración entre paciente y terapeuta es clave, y, de hecho, “lo que se intenta es que el paciente asuma la responsabilidad de su cambio y participe activamente en el

² Esta técnica, mencionan Martell et al. (2001, pp. 116-119), es similar a la empleada en otras terapias y tiene mucho en común con la “acción comprometida” de la Terapia de Aceptación y Compromiso, con la “terapia de rol-fijo” de George Kelly o con procedimientos sugeridos en la Terapia Conductual Dialéctica de Marsha Linehan; pero también con el “comportarse como sí” de Alfred Adler, como bien ha señalado Pérez-Álvarez (2007).

curso de la terapia, con un énfasis particular en el trabajo fuera de la sesión” (Lejuez et al., 2001, p. 257). Además, de forma semejante al protocolo de la AC, al explicar al paciente la lógica y el curso de la terapia, se le menciona que para que cambien sus sentimientos y pensamientos, ahora negativos, debe primero ponerse a hacer actividades –activarse– y que, progresivamente, esas acciones resultarán cada vez más fáciles de llevar a cabo.

Las técnicas de intervención, la estructuración y la duración de la terapia

Esencialmente, la AC puede definirse como un tratamiento psicosocial, estructurado y breve, fundamentado en el cambio conductual, que consigue aliviar la depresión presente y prevenir futuras recaídas. Como premisa fundamental establece que determinadas situaciones –y la respuesta de los sujetos a esas situaciones– reduce la posibilidad de obtener refuerzo desde el entorno. Por eso, las técnicas de tratamiento se dirigen a incrementar de forma sistemática la activación y a bloquear la evitación, a fin de que los sujetos logren un mayor contacto con las fuentes de recompensa (Dimidjian et al., 2008).

Las técnicas para conseguir la mejoría no son ajenas a la tradición conductual: extinción, moldeamiento, desvanecimiento, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas. Sin embargo, su concreción en este tratamiento para la depresión ha sido trabajada con detalle. Además, y al igual que en la TACD, se emplea como estrategia fundamental la monitorización a través de registros de actividades, la jerarquización de tareas y su programación.

En la AC todo este conjunto de procedimientos se dirige fundamentalmente a la reducción (o extinción) de las conductas de evitación. Al tiempo, se complementa la tarea con el reforzamiento positivo de los comportamientos que suponen activación, aunque este refuerzo es básicamente social. En la TACD, en cambio, el reforzamiento semanal contingente a la ejecución de las tareas de activación se considera esencial, por lo que se programa, y se combina el reforzamiento social con el material (Hopko, Armento, Cantu, Chambers y Lejuez, 2003; Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003; Lejuez et al., 2001, 2002). No obstante, lo que se espera al cabo es que las actividades que el sujeto recupera sean las que le provean del *reforzamiento natural*, que es la auténtica meta de ambas modalidades de terapia. Por eso mismo, no se plantea que el sujeto tenga que llevar a cabo tareas supuestamente gratificantes –ir al cine, verse con amigos, cenar con la pareja, hacer deporte, etc.– como proponen Lewinsohn y Graf (1973), pues, dado el enfoque ideográfico, esas tareas podrían no ser realmente las que representan una fuente

de reforzamiento o una exposición sino incluso otras formas de evitación (así, por ejemplo, ir al cine puede ser un afrontamiento deseable para un sujeto depresivo que no quiere salir ni mantener la concentración, pero una evitación para otro que escapa así de sus obligaciones). Es importante señalar que este planteamiento enfatiza el valor del análisis funcional y supone dar cabida en el tratamiento de la depresión a las técnicas de exposición, que se han revelado tan útiles en el tratamiento de los cuadros ansiosos (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003; Hopko, Robertson y Lejuez, 2006). Así, por ejemplo, a un sujeto que, a fin de evitar la pena que le producen los recuerdos de una relación ya acabada, no ha cambiado nada de la casa, se le propone que se enfrente activamente al hecho de recoger todas las cosas de su ex pareja y que se las envíe por correo o que quede con ella para devolvérselas. En algunos casos, este tipo de trabajo tendrá que complementarse con role-playings, entrenamientos en asertividad y relajación o la incorporación de familiares o amigos a la terapia (Dimidjian et al., 2008).

Las otras técnicas mencionadas tienen cabida cuando las características del caso así lo aconsejan. Por ejemplo, el moldeamiento se entrena cuando no se tienen en el repertorio determinadas conductas que facilitarían la adquisición de reforzadores importantes (por ejemplo, un sujeto con escasas habilidades sociales y que necesita establecer nuevas relaciones). A su vez, el desvanecimiento se refiere a la retirada progresiva y sistematizada de las ayudas iniciales del terapeuta que facilitan el avance en los primeros estadios de la terapia. Hay que entender que en la AC la jerarquización de las tareas es básica, pues el trabajo se gradúa para hacerlo posible a las capacidades del sujeto que, al principio, ni está motivado ni libre de emociones negativas.

Los registros de actividad y estado de ánimo asociado con esa actividad son instrumentos importantes para la evaluación (como más adelante se señala), pero también para la intervención, pues sirven para que el sujeto comprenda mejor la lógica del modelo (si se expone a determinadas situaciones a la larga su estado de ánimo mejorará) y favorecen la recuperación de las rutinas interrumpidas; además, facilitan el aprendizaje de claves contextuales (en el sentido del análisis funcional) y son un aliciente para motivar la continuidad del esfuerzo.

Las técnicas de resolución de problemas también se ponen en juego cuando se hace necesario. No obstante, es raro que se proponga un entrenamiento sistemático y estructurado de resolución de problemas del tipo de D’Zurilla y Goldfried (1971), sino que se opta por una modalidad más sencilla, combinada con auto-instrucciones, que se implementa sobre todo para que el sujeto mantenga su motivación, continúe con las conductas deseables y restablezca las rutinas perdidas. En concreto, Martell et al. (2001) recomiendan que se recuerde un acrónimo formado

por la palabra “ACTION” (cuyas letras se corresponden, en el original inglés, a: A: Assess; C: Choose; T: Try; I: Integrate; O: Observe; y N: Never give up), y que facilita este análisis: *Evaluar* la situación: ¿es mi conducta una evitación o un enfrentamiento? ¿me hará sentir mejor o peor? *Elegir* la alternativa más conveniente: perseverar en la conducta, aunque no me haga sentir bien a la larga, o probar una alternativa. *Probar* a poner en práctica la elegida. *Integrar* esta acción en la rutina diaria. *Observar* el resultado y comprobar sus efectos. *No abandonar nunca* ese camino pese a que los efectos a corto plazo no sean los esperados y que se necesiten varias repeticiones.

Por último, como en todo modelo de raigambre conductual, la concreción de los objetivos también es importante. Desde el principio, se plantea que la intervención debe ser directiva y estructurada, a ser posible con limitación temporal (aunque de forma más flexible en la AC que en la TACD). Al final de la intervención se reserva un tiempo para la prevención de recaídas, y se subraya que la terapia es concebida como proceso de aprendizaje para que determinados patrones de comportamiento que han podido ser un problema en el pasado no se repitan en el futuro.

La TACD plantea una intervención más estructurada y simple, cuya meta radica en guiar la actividad de los clientes hacia unos objetivos concretos (Lejuez et al., 2001, 2002). Por esa razón, la principal técnica que se propone es la programación de actividades y la automonitorización consiguiente. Los entrenamientos de habilidades sociales, resolución de problemas o asertividad, así como el énfasis en que los sujetos aprendan a elaborar análisis funcionales no se consideran imprescindibles (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003). En cambio, de forma coherente con la “ley de igualación” mencionada anteriormente, se estima necesario que se elimine cualquier reforzamiento positivo que el cliente obtenga cuando exhibe comportamientos depresivos (por ejemplo, recibir una atención empática de familiares cada vez que se queja, se queda en la cama o no va al trabajo). Para comprometerse con esta actitud, se recomienda que el paciente y sus familiares firmen un contrato en el que se elimine cualquier atención o favor ante las manifestaciones depresivas y, en cambio, se preste atención, se valoren y se refuercen incluso materialmente los comportamientos alternativos o sanos.

En la TACD la elaboración de unos registros diarios de actividades (y su efecto sobre el estado de ánimo) son fundamentales porque sirven como método para comprobar si se está obteniendo el reforzamiento ambiental buscado. Estas actividades también se jerarquizan (como en el caso de la AC) con objeto de volverlas accesibles a los sujetos y se programa su incorporación progresiva semana a semana. La elección de las tareas es por completo idiosincrásica, pues no se juz-

gan *a priori* unas como más útiles que otras, sino que dependen de cada persona. No obstante, se facilita esta labor ofreciendo pistas sobre distintas áreas de actividad (como las que recogen Hayes et al., 1999) e incluso posibles actividades concretas (Lejuez et al., 2001). Para la TACD la activación que se logra por este procedimiento de dirigir al sujeto hacia las tareas reforzantes es también un camino indirecto para que cesen las conductas evitativas que se puedan producir.

El hecho de poner en primer plano y fijar como objetivo básico encaminarse decididamente –aunque jerárquicamente y siempre a un “paso en el que (el paciente) se sienta cómodo” (Lejuez et al., 2001, p. 258)– puede recordar de nuevo el planteamiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999); sin embargo, una diferencia esencial entre ésta y la TACD estriba en que en la primera se persiguen unos objetivos vitales a largo plazo (relacionados con aquello valorado o importante para la vida del sujeto), mientras que en la TACD se trata de programar tareas que puedan activar al sujeto (y que, en consecuencia, le hagan sentir bien), aunque no conecten necesariamente con temas trascendentales en su vida.

Por último, respecto a la estructuración de la terapia, hay que mencionar que mientras que en los protocolos de la AC suelen emplearse entre 20 y 24 sesiones para la aplicación de las técnicas, en los de la TACD no se sobrepasan las 15 sesiones. Además, mientras que en la AC, en principio, se programan sesiones de una hora aproximadamente, en la TACD esta duración sólo es necesaria en las primeras fases de tratamiento, reduciéndose luego hasta entre 15 y 30 minutos. La periodicidad también es diferente entre los dos protocolos: mientras que en la AC se programan dos sesiones semanales al inicio de la intervención y una semanal más adelante, en la TACD al comienzo el terapeuta puede ver al paciente tres o más veces por semana, para espaciar luego las sesiones a dos o una vez por semana, aunque también se puede hacer uso del contacto telefónico.

La perspectiva sobre la cognición

Como ya se ha mencionado, para explicar el origen o el mantenimiento de la depresión ni la AC ni la TACD aluden a distorsiones cognitivas, ideas irracionales, pensamientos automáticos o esquemas disfuncionales. No niegan que se produzcan alteraciones del pensamiento y que el sujeto depresivo pase horas rumiando ideas negativas, pero lo consideran producto de la situación depresiva y no causa previa de ésta.

Existe, no obstante, una clara diferencia en este tema entre los dos protocolos: mientras que en la AC se plantea de forma directa y se aborda con el cliente, en la TACD se cree que tal rumia desaparecerá de forma natural cuando el sujeto esté lo suficientemente activado (Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martell, 2007;

Lejuez et al., 2001); por tanto, se ve como un subproducto o epifenómeno del estado depresivo que no requiere una intervención específica.

Sin embargo, para la AC debe abordarse directamente por dos razones: primero porque puede tratarse de conductas problema al ser otra forma de evitación, y, segundo, porque su presencia puede interferir en el tratamiento y hacer menos probables los efectos reforzantes de algunas actividades. Al respecto, debe mencionarse que las investigaciones con el cuestionario elaborado para la evaluación de la activación conductual, el BADS, que se detalla en el apartado siguiente, han demostrado que dos conjuntos de ítems distintos, los que formaban la subescala de “Rumia depresiva” y la subescala de “Evitación”, han conformado tras el análisis factorial una única dimensión, lo que representa un importante aval para considerar la rumia del depresivo (al menos en algunas ocasiones) una forma de evitación (Kanter et al., 2007).

En consecuencia, la AC dirige su atención hacia esta rumia preguntándose no tanto si su contenido es más o menos realista, lógico o racional, sino cuál es el papel que está jugando en ese caso concreto, y si esa función es, justamente, una nueva forma de evitación (Martell et al., 2001). Así, por ejemplo, si un depresivo refiere un pensamiento como: “para qué voy a volver a llamar a mis antiguos amigos si sé que realmente nunca me apreciaron”, el terapeuta no se pregunta por la irrealidad o distorsión del contenido, ni por las evidencias en su contra, sino que inquiere cuál es la función de ese pensamiento: ¿favorece la evitación o la inacción, y, por tanto, perpetúa el estado depresivo? Esta reflexión es presentada al sujeto siempre que aparezcan esos pensamientos para que sea él quien valore su papel y sepa actuar en consecuencia; esto es, para que no frene su activación.

En la fase de intervención, la AC recalca la necesidad de que el cliente esté en contacto con las actividades que se han decidido y, por tanto, un exceso de focalización en el propio pensamiento rumiante puede impedir apreciar las gratificaciones que suponen esas actividades. En estos casos, se ofrecen algunas recomendaciones características de la atención plena o mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002), si se juzga que pueden facilitar ese contacto, de forma que el sujeto trate de centrarse en el momento presente, en sus sensaciones, sus vivencias y en lo que en ese instante tiene alrededor.

La evaluación de los casos

Una de las pretensiones de la AC y la TACD estriba en recuperar un planteamiento genuinamente conductual al abordar los cuadros depresivos (Jacobson et al., 2001), lo que significa, entre otras cosas, desprenderse de una evaluación nomotética o común en todos los casos en que se den síntomas depresivos (por

ejemplo, detectar cuáles son las ideas irracionales) y tratar de encontrar para cada persona las variables causales que explican los comportamientos. Esto implica, necesariamente, abogar de nuevo por el análisis funcional como marco básico de evaluación de los casos y punto de partida para organizar toda la intervención.

Aunque se parta de algunas teorías generales –por ejemplo, para la AC el que las conductas evitativas son probablemente un factor perpetuador del ánimo depresivo, y para la TACD el que hay un refuerzo positivo por exhibir síntomas depresivos–, cuáles sean esas conductas es algo completamente idiosincrásico y contextual.

Para llevar a cabo esos análisis funcionales se impone la realización de registros y auto-registros que permitan establecer las relaciones entre situaciones estimulares, respuestas del sujeto y consecuentes, haciendo especial hincapié en los consecuentes sobre el estado de ánimo. Gracias a que el sujeto –con estas evaluaciones de conducta– se convierte en su propio analista, se prepara para una mayor comprensión del modelo de intervención y se hace más consciente de los avances y mejoras de su estado de ánimo. Los registros no sólo son pertinentes en una primera fase para establecer el análisis funcional, sino que se mantienen durante la terapia de forma que la evaluación se hace así continua.

Sin embargo, es verdad que en la variante de la AC el papel del análisis funcional parece más preponderante, y así se esgrime en los protocolos (Dimidjian et al., 2008; Martell et al., 2001), pues la detección de que determinadas conductas son formas elaboradas de evitación se vuelve mucho más posible por este método. Además, es el punto de partida para la elección de las técnicas a implementar. Por último, es necesario porque una de las metas de esta modalidad radica en convertir al mismo paciente en alguien capaz de elaborar análisis funcionales, lo que se facilita con el modelado del terapeuta.

Pero aunque la evaluación personalizada es propia tanto de la AC como de la TACD, también es cierto que se han desarrollado un par de cuestionarios originales que pueden servir para valorar objetivamente cuál es el curso del tratamiento y cuándo el cliente parece estar más activado a lo largo de la terapia. En concreto, estas dos pruebas son el Behavioral Activation for Depression Scale o BADS (Kanter et al., 2007; Kanter, Rusch, Busch y Sedivy, 2008) y el Environmental Reinforcement Observation Scale o EROS (Armento y Hopko, 2007).

La última versión del BADS está compuesta por 25 ítems a partir de los cuales se evalúan cuatro dimensiones: (1) Activación; (2) Evitación / Rumia; (3) Afectación del trabajo o del rendimiento académico; y (4) Afectación de la vida social. Además, se obtiene una puntuación general, integrando todas estas dimensiones, que podría definirse como el grado en que el sujeto tiene una situación de activa-

ción (es decir, se involucra en actividades) y hace frente a sus síntomas depresivos y a sus consecuencias. Existe ya una adaptación española de este instrumento (Barraca y Pérez-Álvarez, pendiente de publicación) con unas buenas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez), en línea con las del instrumento original.

Por su parte el EROS es una breve escala de 10 ítems desarrollada para obtener una medida del grado en que el entorno parece reforzar al sujeto. Los elementos que lo componen miden el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de experimentar vivencias reforzantes del entorno. La escala ha presentado una buena fiabilidad y validez, y su única dimensión favorece una interpretación sencilla de las puntuaciones.

Según los autores del BADS (Kanter et al., 2007) este instrumento resulta útil tanto para el protocolo de la AC como para el de la TACD. Tres de las subescalas del BADS (Activación, Afectación del trabajo o del rendimiento académico y Afectación de la vida social) son claramente pertinentes para evaluar la conducta del cliente en ambos, pues recaban un repertorio de conductas de amplio espectro en dirección hacia las metas y, al tiempo, objetivos específicos con conductas del ámbito laboral, académico o social, lo que coinciden con las metas que suelen considerarse en la AC y en la TACD. Sin embargo, la subescala de Evitación / Rumia, sería exclusiva para la AC pues, como ya se ha dicho, no es ésta un área que se trabaje directamente en la TACD. No obstante, también es verdad que se esperan cambios al final del tratamiento en ella como consecuencia de la activación.

El empleo de ambos instrumentos –que aún deben considerarse en fase de desarrollo– en los próximos ensayos aleatorios con los dos protocolos ha sido propuesto por Kanter y sus colaboradores (Kanter et al., 2007; Kanter et al., 2008) ya que supondría un aval importante para la teoría base que sostienen ambas variantes de la activación conductual. Según su planteamiento, los cambios en la activación median en las cambios de la depresión. Por tanto, un estudio longitudinal aportaría evidencias de que los cambios de activación son los que preceden y predicen las mejoras anímicas. Para esta comprobación tanto el EROS como el BADS resultarían instrumentos idóneos. Obsérvese sin embargo que, en este punto, la activación conductual es muy distinta de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999), pues en ésta última no se espera que los cambios de comportamiento afecten necesariamente a los estados de ánimo bajos, a los recuerdos desagradables, a las sensaciones displacenteras, etc., aunque sí que mejoren la calidad de vida en general y ayuden a sentir que se vive una existencia con sentido. Con todo, otras medidas de evitación –como la que recoge con el AAQ (Hayes et al., 2004) o el CBAS (Ottenbreit y Dobson, 2004)– correlacionan significativamente con la subescala de evitación del BADS (Kanter et al., 2007).

Las evidencias empíricas como tratamiento de elección

La importancia incuestionable que han acabado por adquirir los tratamientos de eficacia probada o probablemente eficaces ha llevado a que –a diferencia de lo que sucedía años atrás– un protocolo de intervención que pretenda darse a conocer, propagarse e instaurarse en el quehacer clínico debe aportar hoy en día pruebas empíricas suficientes en muestras aleatorizadas de pacientes con diseños que incluyan grupos control. Por convincentes y bien trabados que estén los argumentos teóricos, la falta de resultados experimentales hace que muchos clínicos no se animen a ponerlos en práctica, en especial si existen alternativas bien experimentadas y con su consiguiente arraigo.

Ya se ha señalado que en el estudio más acabado el protocolo de la AC obtuvo resultados superiores a la terapia cognitiva y similares a la paroxetina con pacientes moderados y graves (Dimidjian et al., 2006) y sus efectos se han mantenido a lo largo del tiempo durante dos años (Dobson et al., 2008). Además, existen estudios de caso que demuestran la eficacia de este tratamiento en varias poblaciones, por ejemplo con sujetos latinos (Santiago-Rivera, Kanter, Benson, Derosé, Illes y Reyes, 2007), y en comorbilidad con obesidad (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki y Spates, 2008). Igualmente, se ha demostrado su eficacia en una modalidad de aplicación grupal (Porter, Spates y Smitham, 2004) y en pacientes con depresión severa medicados y no medicados (Cullen, Spates, Pagoto y Doran, 2006).

Por su parte, la variante de la TACD, aunque no ha dado cuenta aún de una investigación tan desarrollada como la presentada por Dimidjian et al. (2006), en la que el tratamiento de activación conductual se comparó con otras alternativas terapéuticas también eficaces (aunque, en principio, con peores resultados de eficiencia y eficacia), igualmente ha presentado pruebas muy sólidas de su utilidad al compararse, en un estudio aleatorizado, con otros tratamientos de apoyo estándar en pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica (Hopko et al., 2003).

Por otro lado, la activación conductual, aunque se originó a partir de las técnicas eficaces para el tratamiento de la depresión, no se ha restringido únicamente al tratamiento de este problema. De nuevo, puede señalarse aquí una diferencia entre los dos modelos, pues mientras la AC se ha seguido centrando en la intervención con depresivos con muy pocas excepciones –pueden citarse los trabajos de Jakupak et al. (2006) y de Mulick y Naugle (2004) con trastorno por estrés pos-

traumático–, el protocolo de la TACD –y pese a incluir en su denominación precisamente el término “depresión”– ha presentado ya estudios en una gama más amplia de problemas, por ejemplo, en trastornos mixtos ansioso-depresivos (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004; Hopko et al., 2006), en consumidores de drogas ilegales con síntomas depresivos (Daughters et al., 2008), en enfermos de cáncer (Hopko, Bell, Armento, Hunt y Lejuez, 2005) o en pacientes con trastorno límite de la personalidad y alto riesgo de suicidio (Hopko, Sánchez, Hopko, Dvir y Lejuez, 2003); además de revelarse también eficaz en adolescentes (Ruggiero, Morris, Hopko y Lejuez, 2007) y en casos de depresión moderada (Lejuez, Hopko, LePage et al., 2001).

Sin lugar a dudas, está pendiente en este momento una investigación que compare ambos protocolos en muestras aleatorizadas (y, a ser posible, que también incluya otros tratamientos contrastados, como los cognitivos y farmacológicos). Si la eficacia de ambos resulta similar, la elección debería inclinarse por la TACD ya que resulta más eficiente en el tiempo y menos costosa. Además, está manualizada de forma sumamente precisa (Lejuez et al., 2001, 2002), no requiere la adquisición de unas habilidades muy desarrolladas por parte de los terapeutas y se acomoda con facilidad a las necesidades ideográficas del paciente. Sin embargo, frente a estos beneficios, el protocolo de la AC, al ahondar en la función evitativa de determinadas conductas depresivas y al comprender una gama significativamente más amplia de técnicas de tratamiento (relajación, habilidades sociales, resolución de problemas, asertividad, mindfulness, etc.), puede que aventaje al de la TACD en su capacidad para ayudar a un porcentaje mayor de pacientes y, en consecuencia, el grado de eficacia sea más alto; no obstante, hasta la presentación de evidencias empíricas estas afirmaciones son meras especulaciones. Ciertamente, se desconocen aún los componentes de la activación conductual que la convierten en un tratamiento tan eficaz, y es imprescindible contar con un mayor cuerpo de investigaciones para poder dilucidarlos (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003).

A modo de síntesis de todos los aspectos recorridos, se presenta en la tabla 1 una compilación de las diferencias entre ambos protocolos de intervención con objeto de ofrecer la información de manera más condensada y menos dispersa. No obstante, aunque aquí se dejan apuntadas sus divergencias, es importante recordar que los puntos en común entre ambas intervenciones son bastante más que sus diferencias y, sobre todo, que tanto la AC como la TACD parten de los mismos fundamentos.

Tabla 1. Una síntesis de las diferencias planteadas por la intervención con la AC y con la TACD

ÁREA	AC	TACD
TEORÍAS		
<i>Paradigmas de aprendizaje destacados</i>	Reforzamiento Negativo.	Reforzamiento Positivo.
<i>Modelo teórico explicativo</i>	Modelo "TRAP".	Ley de igualación de Herrnstein.
TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN		
<i>Técnicas básicas</i>	Programación de actividades flexible. Incorporación jerárquica. Automonitorización.	Programación de actividades jerárquica con incorporación reglada (15 actividades, se incorporan 3 por semana).
<i>Otras técnicas importantes</i>	Exposición a situaciones evitadas, ensayo verbal de la tarea.	Reforzamiento material programado combinado con el social.
<i>Otras técnicas complementarias</i>	Acción hacia una meta, distracción temporal, role-playing, habilidades sociales, asertividad, modelado.	Contratos de contingencias.
TRABAJO COGNITIVO		
<i>Planteamiento de intervención</i>	Intervención directa sobre la rumia depresiva.	No se plantea necesaria la intervención directa: la rumia disminuirá naturalmente según avance la activación.
<i>Técnicas empleadas</i>	Cuestionamiento de su función, trabajo desde el <i>mindfulness</i> .	
TRABAJO CON LA MOTIVACIÓN		
<i>Planteamiento</i>	Motivación va "de fuera adentro".	El valor reforzante de las actividades la facilitarán.
<i>Técnicas empleadas</i>	Compromiso. Solución de problemas con el acrónimo "ACTION".	Compromiso.
ESTRUCTURACIÓN DE LA TERAPIA		
<i>Temporalización</i>	Bisemanal al principio y luego semanal. Seguimiento. Sesiones de 60 m.	3 ó 4 veces por semana al inicio. Luego 2 veces por semana. Seguimiento. Sesiones de 50, 30 y 15 m.
<i>Duración</i>	20 a 24 sesiones.	12 a 15 sesiones.
<i>Formato</i>	Individual. Grupal.	Individual.
MÉTODOS DE EVALUACIÓN		
<i>Auto-registros</i>	Fundamentales para el Análisis Funcional.	Importantes para el Análisis Funcional.
<i>Cuestionarios</i>	BDI, Escalas de Hamilton, BADS, EROS.	BDI, Escalas de Hamilton, BADS, EROS.
EVIDENCIAS EMPÍRICAS		
<i>Diseños experimentales</i>	Amplio estudio aleatorizado con grupo control y comparación con otras terapias eficaces.	Estudio aleatorizado sin grupo control y con comparación con otros abordajes no contrastados.
<i>Casos clínicos</i>	Con población latina, en comorbilidad con obesidad, en pacientes con depresión severa medicados y no medicados.	Con trastornos mixtos ansioso-depresivos, en consumidores de drogas ilegales, en enfermos de cáncer, en pacientes con trastorno límite de la personalidad y alto riesgo de suicidio, en casos de depresión moderada, con adolescentes.

CONSIDERACIONES FINALES

La terapia de activación conductual ha demostrado en poco tiempo su gran utilidad para el tratamiento de la depresión. Al menos uno de sus protocolos (el de la AC) se considera ya un tratamiento probablemente eficaz y se ha incluido en los manuales más prestigiosos de intervención psicológica (Barlow, 2008). Pero, además de este aval, la activación conductual posee grandes ventajas: (1) es una intervención que emplea procedimientos conductuales bien conocidos desde hace años (programación de actividades, exposición a situaciones evitadas, jerarquización de tareas, etc.), (2) su modelo explicativo es parsimonioso y se basa en principios elementales de aprendizaje (reforzamiento negativo y positivo, extinción), y (3) la estructuración de la terapia resulta sencilla y su puesta en práctica no requiere un entrenamiento especialmente largo.

Sin embargo, y a pesar de estas virtudes, hay que tener en cuenta que la terapia cognitiva de la depresión también lleva décadas mostrando buenos resultados (aunque se discuta por qué) y que el trabajo con los esquemas A-B-C de Ellis o las distorsiones cognitivas de Beck, que dotan a los clínicos de herramientas para desafiar los problemas cognitivos que padecen los sujetos depresivos, se halla muy arraigado. Por ello, la activación conductual tiene la obligación de ofrecer un modelo suficientemente justificado para que se generalice su enfoque alternativo para el manejo de las cogniciones.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más importantes con el que se enfrentan las sociedades contemporáneas. Un cuadro que parece crecer progresivamente, hasta el punto de que las estimaciones actuales predicen que en 2010 será el segundo problema de salud más costoso en todo el mundo (Young, Rygh, Weinberger y Beck, 2008), pese a la supuesta eficacia de los actuales psicofármacos. Es, por consiguiente, una situación a la que los psicólogos clínicos van a tener que hacer frente; y, en esta tesitura, saber que hay terapias psicológicas sencillas pero tan eficaces (sino más) que los antidepresivos que habitualmente se prescriben, breves, mejor aceptadas por los pacientes (Craven y Bland, 2006), más económicas a la larga (Dobson et al., 2008) y fáciles de implementar representa una gran ventaja y prepara para ofrecer un importante servicio a la sociedad.

Pero, junto a esto, no está de más señalar ahora que otra de las ventajas de conocer y aplicar la activación conductual estriba en favorecer una perspectiva de la depresión genuinamente psicológica, que vuelve a situar su génesis y su mantenimiento en los avatares vitales que experimenta el sujeto y en sus propios comportamientos; que no ve a quien la experimenta preso de un déficit (cognitivo, neurológico, químico o cualquier otro); y que supone también liberarla de las con-

cepciones biologicistas que imperan en la actualidad y que conciben este cuadro no como una manifestación de esos problemas vitales sino como una enfermedad. Cambiar la concepción sobre la depresión implica desmedicalizar su tratamiento (Pérez-Álvarez, 2007), volver a dotar al sujeto de responsabilidad activa y, a la larga, prevenir esa expansión de carácter casi epidémico.

Sin embargo, para que estas optimistas perspectivas puedan convertirse en una realidad la activación conductual debe aún seguir un largo camino que incluye el mantener su vigor investigador para continuar aportando pruebas de su eficacia frente a otros tratamientos (como el cognitivo o la medicación), conseguir una mayor divulgación con textos asequibles y mejor distribuidos, y ofrecer una imagen más integrada. En este sentido, el hecho de contar con dos protocolos de intervención supone una cortapisa para su difusión, pues el trabajo de los psicólogos clínicos debe ser facilitado con unas guías unificadas, ya que, lógicamente, en la práctica, lo importante no es conocer las diferencias de matiz entre modalidades de intervención, sino contar con una estrategia básica para abordar los cuadros depresivos.

Quizás otra necesidad para la activación conductual consiste en lograr que su modelo de intervención encuentre cabida en la efervescente marcha de la terapia de conducta denominada de “tercera generación” o “tercera ola” (Barraca, 2006; Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006). Al respecto, hay que señalar su aparición ya en textos que acogen estas terapias (Martell, Addis y Dimidjian, 2004) o integraciones entre la Activación Conductual y la Psicoterapia Analítica Funcional, como la que últimamente proponen Kanter, Manos, Busch y Rusch (2008). No obstante, tampoco pueden dejar de señalarse algunas diferencias fundamentales entre la AC y la Terapia de Aceptación y compromiso, como las recogidas a lo largo de este artículo y las que más exhaustivamente desarrollan Kanter, Baruch y Gaynor (2006).

Para concluir, es pertinente mencionar ahora que el desarrollo de la activación conductual implica volver a trabajar decididamente desde un enfoque ideográfico y en el que el análisis funcional retoma una importancia capital (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003; Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown, 2004³). Esta situación supone claras ventajas, pero al tiempo puede acarrear no pocas dificultades. Para empezar porque la formación actual de los psicólogos en análisis funcional está claramente desatendida y es difícil que se rehaga toda una enseñanza que permita recomponer esta situación. Además, supone ir contracorriente

³ Hay que señalar, sin embargo, que estos autores no han dejado de apreciar algunas inconsistencias de la AC respecto a los principios del análisis conductual.

frente a todo un planteamiento de intervención estructurado nomotéticamente que, por otra parte, en conjunto resulta bastante eficaz (aunque algunos casos individuales queden sin mejorar). No obstante, frente a estos problemas, puede argumentarse que con la recuperación del análisis funcional la labor del psicólogo se delimita más claramente y se salvaguarda de intrusiones médicas o de otros profesionales. A día de hoy, sólo una formación psicológica es compatible con el manejo de los modelos de análisis funcional y lo que ésta conlleva (conocimiento de principios de aprendizaje, destreza en la evaluación conductual, habilidades terapéuticas, etc.). En consecuencia, la activación conductual puede suponer un punto de partida práctico para perfilar una formación clínica adecuada para el psicólogo y ayudar a determinar mejor la naturaleza de su ejercicio profesional en el ámbito sanitario.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer al Dr. Marino Pérez Álvarez, de la Universidad de Oviedo, la atenta lectura del manuscrito de este artículo. Sus inestimables sugerencias y aportaciones han permitido que mejorase considerablemente desde su primera redacción y ganase en precisión y claridad.

REFERENCIAS

- Armento, M. E. A. y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, Validity, and Reliability. *Behavior Therapy*, 38, 107-119.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual (4ª ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Barraca, J. (2006). Editorial. Las terapias de conducta de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5, 147-157.
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2009). Spanish Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs). *Manuscrito enviado para su publicación*.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R. y Hollon, S. D. (2007). Extreme Nonresponse in Cognitive Therapy: Can Behavioral Activation Succeed Where Cognitive Therapy Fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 531-541.
- Craven, M. A. y Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the effective base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (Supl. 1), 7S-72S.
- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S. y Doran, N. (2006). Behavioral Activation Treatment for Major Depressive Disorder: A Pilot Investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M., Reynolds, E. R., Hopko, D., Blanco, C. y Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The Life Enhancement Treatment for Substance Use (LET'S ACT). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 122-129.
- DeRubeis, R. J. y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults with Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E. y Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for Depression. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual* (4ª ed.) (pp. 328-364). Nueva York: Guilford Press.

- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- D’Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. y Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hernstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 13, 243-266.
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S., Chambers, L. L. y Lejuez, C. W. (2003). The use of daily diaries to assess the relation among mood state, overt behavior, and reward value activities. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1137-1148.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K. y Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. y Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.

- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. y Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatment for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C. y Lejuez, C. W. (2006). Behavioral Activation for Anxiety Disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212-232.
- Hopko, D. R., Sánchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S. y Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 460-478.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S. Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S. y Gortner, E. T. (2000). Can depression be demedicalized in the 21st century: Scientific revolutions, counter-revolutions, and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jakupcak, M., Roberts, L., Martell, C., Mulick, P., Michael, S., Reed, R., et al. (2006). A pilot study of Behavior Activation for veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 387-391.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E. y Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29, 161-185.
- Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Busch, A. M. y Brown, K. R. (2004). Behavioral analytic conceptualization and treatment of depression: Traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5, 255-274.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M. y Rusch, L. C. (2008). Making Behavioral Activation More Behavioral. *Behavioral Modification*, 32, 780-803.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S. y Martell, C. R. (2007) The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric Proper-

- ties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29, 191-202.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M. y Sedivy, S. K. (2008). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a Community Sample with Elevated Depressive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*. [Preprint: DOI 10.1007/s10862-008-9088-y]
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 225-286.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2002). *The brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston, MA: Pearson Custom Publishing.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Nueva York: John Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S. y Teri, L. (1984). *The "Coping with Depression" course*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. Nueva York: Prentice Hall.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Dimidjian, S. (2004). Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 152-167). Nueva York: Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.

- Mulick, P. S. y Naugle, A. E. (2004). Behavioral Activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive an Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A guide to treatments that work* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Nemeroff, C. B. y Schatzberg, A. F. (2002). Pharmacological Treatments for Unipolar Depression. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed.) (pp. 229-243). Nueva York: Oxford University Press.
- Ottensbreit, N. D. y Dobson, K. D. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 293-313.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5, 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Porter, J. F., Spates, C. R. y Smithan, S. (2004). Behavioral Activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.
- Ruggiero, K., Morris, T., Hopko, D. y Lejuez, C. (2007). Application of Behavioral Activation Treatment for Depression to an Adolescent with a History of Child Maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6, 64-78.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D. y Beck, A. T. (2008). Cognitive Therapy for Depression. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual* (4ª ed.) (pp. 250-305). Nueva York: Guilford Press.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. y Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal cognitive, and pleasant events focused treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.